

La legitimación de las medicinas indígenas en México. El ejemplo de Cuetzalan del Progreso (Puebla)

CHIARA MILANO*

El actual movimiento de recuperación y promoción de la identidad étnica en México se enmarca dentro de un proceso más amplio de reconocimiento a nivel legislativo e institucional de la composición multiétnica del Estado. Dentro de este proceso se desarrollan también movimientos indígenas que defienden el derecho político a la autonomía y autodeterminación.

La búsqueda de la legitimación de las medicinas tradicionales indígenas se configura como un aspecto particularmente significativo de este movimiento, en el que participan no sólo los indígenas mexicanos, sino también una serie de interlocutores externos con quienes los indígenas negocian con creciente conciencia su nuevo papel en la sociedad mexicana.

Las actuales políticas de reglamentación e integración de las medicinas indígenas en los sistemas sanitarios nacionales pueden, pues, ser consideradas un terreno emblemático de negociación identitaria en un ámbito preferente de reflexión sobre la representación y autorrepresentación de la identidad indígena en México.

* Universidad de Roma "La Sapienza".

Texto preparado y presentado en el Simposio "Gli indigeni messicani oggi. Protagonisti e dinamiche de l'identità etnica", Roma, 8-9 de mayo de 2003.

La búsqueda de legitimación de las medicinas tradicionales

El debate antropológico sobre las medicinas tradicionales ha asumido recientemente una óptica crítica, que interpreta las problemáticas de integración que aparecen en los contextos de pluralismo médico¹ desde el punto de vista de sus implicaciones político-institucionales. México es, respecto a esto, uno de los países donde más madurez y estructuración ha alcanzado por parte de curanderos tradicionales la búsqueda de nuevas fuentes de legitimación² de sus prácticas terapéuticas.

La cuestión del reconocimiento y legitimación oficial de las “medicinas tradicionales” ha surgido de forma manifiesta allí donde la introducción del sistema biomédico y su implantación en el territorio mediante la creación de espacios institucionales de asistencia ha generado relaciones de intercambio recíproco —pero también, sobre todo, incomprensiones— entre los “especialistas” de ambos sistemas. Los ejemplos mejor conocidos son los de China e India, donde fuertes tradiciones médicas locales han luchado y adquirido nueva forma para conservar espacios de acción propios

¹ El término, introducido por Ch. Leslie (“Medical Pluralism in a World Perspective”, en *Social Science and Medicine*, vol. 14b, 1980, pp. 191-195), denota en antropología médica la coexistencia en una misma sociedad de varias instituciones que tienen como tarea interpretar y resolver la enfermedad. La copresencia de distintas tradiciones terapéuticas genera contextos dinámicos, caracterizados por el cotejo, la interacción y la influencia recíproca entre las distintas tradiciones terapéuticas. La bibliografía sobre el pluralismo terapéutico es muy amplia y entre los trabajos significativos están: G. Bibeau, “The Hierarchies of Medicines. A Contextual Analysis of Schismogenic Processes”, en B. Pfeleiderer y G. Bibeau (eds.), “Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives”, *Curare*, Special Volume, núm. 7, 1991, pp. 207-219; J. Benoist “Singularités du pluriel?”, en J. Benoist (ed.), *Soigner au pluriel. Essays sur le pluralisme médical*, 1996, pp. 5-16; B. Greenwood, “Cold or Spirits? Choice and Ambiguity in Morocco’s Pluralistic Medical System”, en *Social Science and Medicine*, vol. 15b, núm. 3, 1981, pp. 219-235; R.P.L. Lee, “Comparative Studies of Health Care Systems”, en *Social Science and Medicine*, vol. 16, núm. 6, 1982, pp. 629-642.

² Sobre las formas y prácticas de legitimación de las medicinas tradicionales existe una rica bibliografía referida sobre todo a África y Asia. Para un enfoque crítico del tema aplicado a los casos de Senegal y Ghana véanse: D. Fassin y E. Fassin, “Traditional Medicine and the Stakes of Legitimation in Senegal”, en *Social Science and Medicine*, vol. 27, núm. 4, 1988, pp. 353-357; G. Schirripa, “Un’associazione di terapeuti tradizionali degli anni trenta. Strategie di legittimazione e lotta di classe nella colonia della Costa d’Oro”, en G. Schirripa y P. Vulpiani (eds.), *L’ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, 2000, pp. 155-187.

contra la pretensión de la biomedicina de poseer no sólo fundamento científico y tecnología superior, sino también de ejercer dominio absoluto en el campo terapéutico.

También en los lugares donde las medicinas locales son de naturaleza no codificada y “estructuralmente” más débil,³ la difusión de la biomedicina ha puesto en marcha una convivencia basada en relaciones de fuerza desiguales desde muchos puntos de vista, que, sin embargo, han estimulado tentativas de colaboración o integración. El análisis de los poderes en juego en las cuestiones relacionadas con la salud, por ello, se ha impuesto como uno de los temas fundamentales de investigación de la antropología médica.

Rance Lee, reconociendo la relación desigual que caracteriza en general la convivencia de varias tradiciones terapéuticas en una sociedad, ha estudiado el “pluralismo terapéutico” en términos de “dominio” de una tradición médica sobre otra, introduciendo el concepto de “pluralismo jerárquico” en el campo de la asistencia médica. Según Lee, son dos los componentes que permiten medir la relación jerárquica entre dos o más recursos terapéuticos en un determinado contexto: la “superioridad estructural” y la “fuerza funcional”. Él sostiene que

una tradición médica es estructuralmente superior a otra tradición si ha conseguido mayor poder de control sobre las cuestiones sanitarias de una sociedad, goza de mayor prestigio en la sociedad, y ha recibido más recursos económicos de la sociedad. Sin embargo, una tradición médica estructuralmente superior puede o no puede tener un impacto generalizado en toda la sociedad. Una tradición médica es funcionalmente más fuerte que otra tradición médica si está difundida de manera más amplia en la sociedad y si es utilizada *de facto* por una porción mayor de la población.⁴

Este tipo de análisis permite comprender más en profundidad las complejas dinámicas que caracterizan las relaciones entre las distintas medicinas, pues incluye en el cuadro de las fuerzas que participan en el “juego de la legitimación” no sólo los aspectos sociales y culturales, sino también los políticos, institucionales y económicos.

En el ámbito internacional los procesos de revitalización de las medicinas no occidentales sufrieron una aceleración hacia finales

³ R.P.L. Lee, *op. cit.*

⁴ *Ibidem*, p. 636.

de los setenta, ganándose cada vez más la atención del mundo académico, político y mediático y actuando de catalizador de instancias que raramente quedan limitadas al ámbito sanitario.

En México, el nacimiento de organizaciones de terapeutas tradicionales —sobre todo indígenas— es un fenómeno que comenzó a mediados de los años ochenta en Chiapas y se extendió rápidamente a todos los demás estados. Creadas en el marco de un proyecto de política sanitaria iniciado por el Instituto Nacional Indigenista (INI),⁵ las organizaciones de curanderos de las distintas tradiciones mexicanas desarrollan hoy actividades y funciones que poco tienen que ver ya exclusivamente con la mejora del estado de salud de la población de sus comunidades. En este sentido, Lee subraya el papel desempeñado por las organizaciones profesionales de los distintos sistemas médicos locales o tradicionales a la hora de conseguir tanto reconocimiento oficial como apoyo económico, dado que éstas representan un poder colectivo y un mecanismo que se regula en su interior.⁶

El caso de la comunidad de Cuetzalan del Progreso (Sierra Norte de Puebla) es, en este sentido, especialmente interesante: aquí, en efecto, el encuentro del sistema médico indígena con la biomedicina ha generado iniciativas de colaboración y replanteamiento de las modalidades “tradicionales” de las prácticas terapéuticas indígenas, evidenciando estrategias de construcción de una identidad étnica fundamentada en el reconocimiento de la legitimidad para la “profesión” de curandero tradicional. De ello me ocuparé en las páginas que siguen.⁷

⁵ El Instituto Nacional Indigenista fue suprimido en 2003. Sus funciones operativas han sido trasladadas a una entidad paraestatal descentralizada creada el mismo año, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

⁶ R.P.L. Lee, *op. cit.*, p. 637.

⁷ El material etnográfico a que haré referencia a lo largo de este artículo fue recogido durante el trabajo de investigación de campo que realicé entre agosto y diciembre de 2002. Sobre el mismo se basó también mi tesis de licenciatura (C. Milano, “La medicina tradizionale a Cuetzalan (Messico). Processi di legittimazione e professionalizzazione”, 2004). La investigación se desarrolló dentro de la Misión Etnológica Italiana en México de la Universidad de Roma “La Sapienza”, gracias a las aportaciones anuales del Ministerio de Asuntos Exteriores italiano y de la Facultad de Letras y Filosofía de la misma universidad.

La medicina tradicional en las políticas sanitarias mexicanas e internacionales

Para situar en un marco de referencia histórica el material etnográfico sobre las iniciativas actuales relativas a la medicina tradicional en Cuetzalan, es necesario recordar algunas etapas del desarrollo de las políticas sanitarias que llevaron, entre finales de los setenta y finales de los ochenta, a un cambio de rumbo a favor de una nueva concepción de la salud indígena. En este contexto nació la propuesta de abrir espacios a la medicina tradicional en los programas de Atención Primaria a la Salud.

En el ámbito internacional, las líneas maestras de esta política habían sido formalmente expuestas por la Organización Mundial de la Salud (oms) en 1978, con la Declaración de Alma Ata (Kazajstán). En la Declaración, centrada en el concepto de Atención Primaria a la Salud —considerada entonces instrumento para alcanzar la “salud para todos para el año 2000”— se invitaba a los gobiernos a recurrir, si fuera necesario, a los médicos tradicionales, quienes oportunamente adiestrados podrían colaborar con los equipos médicos y de enfermería.⁸ Esta estrategia de política sanitaria era el punto de llegada de una reflexión que había comenzado ya hacía tiempo, sobre todo a propósito de la situación africana y asiática, y que había llevado a la creación, dentro de la oms (1978), de un grupo de trabajo dedicado a la medicina tradicional.

En América Latina, la Organización Panamericana de Salud (ops) representó al principio un “foco de resistencia” a las sugerencias salidas de Alma Ata, retrasando su aplicación en un país como México. En efecto, la ops compartía el planteamiento científico adoptado por el indigenismo de Estado a partir de los años cuarenta, según el cual el terapeuta tradicional representaba un obstáculo

⁸ En dicha Declaración, el artículo que hace referencia al recurso de los médicos tradicionales reza así: “La asistencia primaria a la salud: [...] requiere y promueve la mayor participación comunitaria e individual en la programación, organización, puesta en práctica y control de la asistencia primaria a la salud, haciendo plenamente uso de los recursos locales, nacionales y otros que estuvieran disponibles; [...] pone en manos [...] de los agentes sanitarios, incluidos médicos, enfermeros, comadronas, auxiliares y agentes comunitarios [...], así como en los terapeutas tradicionales si fuera necesario, oportunamente adiestrados social y técnicamente a trabajar como equipo sanitario para satisfacer las necesidades de salud manifestadas por la comunidad.” Declaración de Alma Ata, *International Conference on Primary Health Care*, art. 7, Alma Ata, 6-12 de septiembre de 1978.

para la acción institucional que debía llevar el desarrollo a las comunidades. Según este planteamiento, la “ciencia” era un elemento que las comunidades nativas tenían que hacer propio para poderse desarrollar e insertar en la vida nacional;⁹ esta perspectiva, como es fácil intuir, creaba no pocas contradicciones dentro del horizonte cultural indígena.

Mediante un modelo de adiestramiento autoritario se había intentado “depurar” el “curanderismo” de las comadronas, de quienes se pretendía aprovechar exclusivamente la destreza manual y los conocimientos técnicos.¹⁰ Siguiendo el mismo criterio, es decir, negando el planteamiento íntegro y holístico que caracteriza a las prácticas curativas tradicionales, el interés por la medicina tradicional había estado largo tiempo identificado con el estudio científico de las propiedades farmacológicas de las plantas medicinales.¹¹

Un enfoque diferente comenzó a abrirse paso sólo a partir de mediados de los setenta, arrancando precisamente del interés por los estudios etnobotánicos: el nuevo modelo, inaugurado en México por el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM), contemplaba el estudio de laboratorio de las plantas pero a partir de los conocimientos indígenas sobre sus cualidades terapéuticas. En aquel mismo periodo, dentro del propio movimiento indigenista estallaban duras críticas al modelo integracionista y se afirmaba un nuevo planteamiento “de participación”, en el que adquirirían importancia las opiniones y aspiraciones de los pueblos indígenas.

Un programa de desarrollo para las poblaciones marginadas de la República —el Coplamar,¹² creado por el presidente José López

⁹ Según los primeros teóricos del indigenismo de Estado, la situación de atraso y pobreza de las poblaciones indígenas representaba un freno para el desarrollo y el progreso de los países en que éstas vivían. El indigenismo “integracionista” sostenía, pues, la necesidad de llevar a cabo una “aculturación planificada” de las comunidades indígenas, para que éstas sustituyeran los elementos culturales considerados “negativos” por otros “positivos”, con el objeto de poder llegar a ser colocadas en un mismo plano de igualdad con las demás comunidades mestizas y poder insertarse en la vida económica, social y política de la nación. Instituto Nacional Indigenista, *Documentos básicos para una reforma institucional. Documentos indigenistas*, 3, 2002, p. 30.

¹⁰ C. Zolla, “Sobre las relaciones de la medicina tradicional indígena en los sistemas de salud”, en *América Indígena*, vol. LIX, núm. 2, 2003, pp. 69-82.

¹¹ C. Zolla y E. Medellín Constantino, “Las organizaciones de médicos indígenas tradicionales y las plantas medicinales”, en VV. AA., *La investigación científica de la herbolaria medicinal mexicana*, 1993, p. 119.

¹² Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

Portillo gracias a la abundante afluencia de recursos debida a los ingresos del petróleo— coordinó la acción de distintas instituciones gubernamentales. La tarea de aumentar el número de infraestructuras sanitarias en zonas en que no hubiera servicios institucionales le fue encomendada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),¹³ lo cual llevó a la construcción de sesenta Hospitales de Campo y más de 2 000 Unidades Médicas Rurales. Aproximadamente un tercio de éstas fueron creadas en zonas indígenas, donde se presentó inmediatamente el problema del difícil encuentro y relación con la medicina tradicional. El IMSS, que contaba ya con una Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo del Medicamento, dio luz verde al Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con la Medicina Institucional.

En los mismos años, en Chiapas, Oaxaca y Yucatán, el INI perseguía implicar a grupos de médicos tradicionales y promovía la creación de organizaciones locales. La primera en nacer fue la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH) en 1985, año a partir del cual el fenómeno de la formación de asociaciones de terapeutas indígenas comenzó a crecer exponencialmente en todos los estados de México.

Desde el punto de vista jurídico, la Ley General de Salud que entró en vigor en 1984 reconocía como legítimas exclusivamente las actividades desarrolladas por los médicos formados en los institutos de enseñanza superior. Las actividades de los terapeutas indígenas y tradicionales, pues, pese a estar ampliamente toleradas, eran de hecho “ilegales”. La ratificación del acuerdo número 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre “Pueblos indígenas y tribales en países independientes”¹⁴ representó una primera apertura de México al reconocimiento legal de las prácticas curativas indígenas. En la parte V del acuerdo, dedicada a “Seguridad social y salud”, se afirma, efectivamente, que “los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos

¹³ El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es uno de los institutos de previsión social en México.

¹⁴ Organización Internacional del Trabajo, “Convenio (núm. 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”, Ginebra, 1989.

de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (art. 25, 2).

En 1992 la reforma del artículo 4º de la Constitución aseguraba a los pueblos indígenas el derecho a promover “el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos y costumbres, recursos y formas específicas de organización social”.¹⁵ Este artículo, que por primera vez introducía en la Constitución mexicana el reconocimiento de la composición pluricultural de la sociedad nacional, ha sido considerado, en opinión común, un arma jurídica para defender las actividades de los terapeutas tradicionales e indígenas. Lo demuestra la mayor madurez y concienciación jurídica de sus propios derechos manifestada tras aquella reforma por muchos curanderos. Se puede citar a este respecto lo referido por una conocida curandera de Cuetzalan, la cual, habiendo sido invitada a participar en un convenio sobre la medicina tradicional en Estados Unidos a mediados de los años noventa, cuenta que para conseguir el visado declaró a las autoridades que era “médico tradicional en nombre del artículo 4º de la Constitución”.¹⁶

La llamada Ley Indígena,¹⁷ que entró en vigor en 2001 pese a las fuertes críticas de los movimientos indígenas, además de referirse al derecho de estas poblaciones a “conservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad” (art. 2, A, IV), afirma más específicamente que la federación, los estados y los municipios deberán “asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional” (art. 2, B, III).

En realidad, los documentos referidos hasta el momento están muy lejos de reconocer a los terapeutas tradicionales como figuras profesionales, o de definir cuál es su campo de acción “legal”, especificando las prácticas legítimas o sus derechos en caso de controversia; más bien, recalando en cierto sentido lo establecido por la Declaración de Alma Ata, reconocen la importancia del papel desempeñado por los curanderos en las comunidades y, por consiguiente, la conveniencia de que participen en los programas sanita-

¹⁵ *Diario Oficial de la Federación*, México, 28 de enero de 1992.

¹⁶ Curandera, comunicación personal.

¹⁷ *Diario Oficial de la Federación*, México, 15 de agosto de 2001.

rios comunitarios, pero siempre desde su “subordinación” al modelo sanitario biomédico.

Carlos Zolla, en su función de asesor de la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de la Presidencia, al comentar la evolución del proceso de reconocimiento y legitimación de las medicinas indígenas en México —proceso del que ha sido protagonista, dirigiendo proyectos y programas en varias instituciones— afirma:

Yo siempre digo: entre 1976 y 2000 la diferencia fundamental está en que en el 76 éramos como cruzados que se lanzaban en el intento de demostrar que la medicina tradicional existe. Hoy nadie cuestiona esto. Entonces yo creo que los elementos de legitimación *en este sentido* se han desplazado. Ahora ya no pasan por el reconocimiento de su existencia, sino por cómo se formalizan las relaciones [entre biomedicina y medicinas tradicionales].¹⁸

Antecedentes del nacimiento de una organización de médicos tradicionales en Cuetzalan

El municipio de Cuetzalan, situado a una altura media de 1000 msnm, es el centro administrativo de una vasta región habitada predominantemente por indígenas pertenecientes al grupo nahua. El clima y las condiciones ecológicas han sido condiciones ideales para el cultivo del café, que ha dado prestigio y cierta riqueza a la región desde comienzos del siglo xx. Una gran helada en 1989, a la que se sumaron posteriormente dramáticas fluctuaciones en el precio del producto en el mercado mundial, obligó a los habitantes de la zona a buscar otras formas de subsistencia, al no ser ya remunerativos el cultivo y la cosecha del café. La población indígena, por lo general dispersa entre las rancharías y las agencias municipales, depende para su subsistencia de las actividades agrícolas, por lo que es la que más ha sufrido la crisis económica, mientras la mestiza, residente principalmente en el centro de Cuetzalan, ha podido dedicarse a actividades relacionadas con el turismo, por lo que actualmente depende cada vez más de esta industria en continua expansión.

El nivel de vida de la población nahua es por lo general extremadamente pobre, y el nivel de desigualdad social sigue en pie

¹⁸ C. Zolla, comunicación personal.

debido a que los medios de producción, los servicios básicos y el negocio turístico están en manos de pocas familias mestizas de la capital. La búsqueda de alternativas a esta situación de marginación y opresión social y material ocupó a los indígenas, desde principios de los setenta, en proyectos comunitarios que tenían el objetivo de levantar la economía local y favorecer la recuperación y conservación de los rasgos culturales locales. De estas iniciativas partió el estímulo para crear un frente económico unitario, que se materializó en la creación de una cooperativa denominada Tosepan Titataniske (“unidos venceremos”), que comenzó a dedicarse al cultivo de café y pimienta, abriéndose posteriormente a sectores comerciales como la venta de pan y de productos artesanales.

El nacimiento y desarrollo de esta cooperativa propició las condiciones para que algunos médicos tradicionales de la región experimentaran una nueva forma organizativa. Dentro de la cooperativa se destinó uno de los sectores al tema de la salud, en el que confluieron personas cuya labor era la de actuar como promotores de salud en sus comunidades, con tareas de salud pública que consistían en la promoción de campañas preventivas o asistenciales. Muchos de los que tomaron parte en esta iniciativa ya actuaban en las comunidades como terapeutas tradicionales.

Por lo que respecta a las iniciativas institucionales en el ámbito sanitario en Cuetzalan, a partir de un plan dedicado a las zonas rurales la Secretaría de Salud sustituyó en 1978 el Sanatorio Rural de finales de los cincuenta por una nueva estructura hospitalaria: una Unidad Híbrida, es decir, que conjugaba servicios de primer y segundo nivel, de cuyo desarrollo fue encargado el Instituto Nacional Indigenista.¹⁹ Pese a que el INI no era una institución sanitaria, ha venido desarrollando una función supletoria con respecto a las instituciones sanitarias gubernamentales en esta región hasta el año 2000, cuando el hospital pasó de nuevo a depender de la Secretaría de Salud. El éxito del servicio médico ofrecido se basó desde el principio en la sensibilidad y capacidad de los médicos del INI para establecer una relación de confianza con la población indígena; desde el punto de vista de las infraestructuras y la logística, en cambio, el hospital de campo de Cuetzalan se convirtió al cabo de

¹⁹ M.B. Duarte Gómez *et al.*, “Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla”, en *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 5, 2004, p. 392.

diez años en un verdadero “caso”, que preocupaba al INI por su mal funcionamiento y la falta de organicidad. Carlos Zolla (entonces director de la Subdirección de Salud y Bienestar Social del instituto) propuso, para evitar que el control del hospital pasara a una institución gubernamental, reorganizarlo en función de las exigencias indígenas. La idea central para “recuperar” la estructura fue, en sus mismas palabras, la de “pensar un hospital para indígenas”.²⁰

A finales de los años ochenta, pues, se comenzó un proceso de saneamiento de las infraestructuras y promoción de los servicios hospitalarios en la región. Con el fin de integrar lo mejor posible todos los recursos ya disponibles y operativos en el territorio, los representantes del INI —y de otras organizaciones que también actuaban en el ámbito sanitario, como la Tosepan Titataniske— redactaron un Programa Regional de Salud (1990). Este programa contemplaba la organización de un grupo de aproximadamente cincuenta promotores de salud que desarrollarían en distintas comunidades un trabajo de facilitación y refuerzo de los servicios ofrecidos por el hospital: por ejemplo, la búsqueda y canalización de pacientes hacia los servicios médicos o la promoción de campañas de vacunación. Uno de los objetivos específicos del Programa Regional de Salud era “dar impulso a la medicina tradicional nahua y totonaca, promoviendo un centro de desarrollo de la medicina tradicional y herborística”.²¹

Una vez mejoradas las condiciones de funcionamiento del hospital, se dio paso a la propuesta que preveía la implicación activa de los terapeutas indígenas de la región para la creación de un Hospital Mixto, es decir, una estructura que ofreciera a los pacientes ambas opciones terapéuticas, la biomédica y la tradicional. El personal del INI participante en el proyecto convocó a los curanderos divididos en las especialidades de curanderos(as), parteras y hueseros(as) residentes en el municipio de Cuetzalan y sus localidades para participar en una serie de encuentros. Contra toda previsión se presentaron 135 curanderos, muchos de los cuales eran ancianos (“¡los meros meros!”)²² y monolingües. Durante los encuentros se discutió la posibilidad de que los médicos tradicionales entraran orgánicamente

²⁰ C. Zolla, comunicación personal.

²¹ “Programa Regional de Salud”, Cuetzalan, Archivo de la Organización Masehualpajti, 1991, p. 1, mecanoscrito.

²² C. Zolla, comunicación personal.

a formar parte del Programa Regional de Salud, comenzando a colaborar con las actividades médicas del hospital. Posteriormente se consideró oportuno que se organizaran de algún modo para dar impulso a la medicina tradicional de la región, y para intercambiar y compartir saberes y experiencias.²³

Nacimiento e historia de la organización de médicos tradicionales Masehualpajti

La organización Masehualpajti, expresión que en náhuatl significa “medicina indígena”, se creó legalmente en 1991 gracias a la guía y el apoyo económico del Instituto Nacional Indigenista. Entraron a formar parte muchos terapeutas expertos y reconocidos a nivel comunitario, pero también algunos jóvenes aprendices, alentados—cada uno en distinta medida— por la perspectiva de trabajar dentro de una institución sanitaria oficial (y, por lo mismo, de por sí legitimizante), de aumentar su campo de conocimientos y experiencias participando en las actividades de formación y, no menos importante, por las dietas de transporte y comida dispuestas por el INI para los participantes en las actividades. Otra motivación, aducida por varios terapeutas aunque probablemente debida en parte a un malentendido, tenía que ver con la presunta obligación de entrar a formar parte de la organización para otorgar estatuto legal al ejercicio de la profesión, so pena de ser denunciados a las autoridades municipales y la consiguiente prohibición de desarrollar actividades terapéuticas en las comunidades.

La estructura interna de Masehualpajti es la prevista para toda sociedad de solidaridad social, compuesta por un asesor, en este caso del INI, y varios comités, el más importante de los cuales es el ejecutivo, formado por un presidente, un secretario y un tesorero.

Las finalidades principales de la organización eran, como se declara en el estatuto, las de “dar un impulso a los saberes de la medicina tradicional; promover y consolidar los procesos de producción herborística, esencialmente medicinal; patrocinar estrategias de diversificación de los cultivos; administrar las ayudas técnicas y financieras para desarrollar proyectos de investigación, que sirvan

²³ “Historia de la organización Masehualpajti”, Cuetzalan, Archivo de la Organización Masehualpajti, s.f., mecanoescrito.

de base para comprobar la eficacia de las plantas medicinales”.²⁴ Estas finalidades programáticas, en parte ajenas a las prácticas habituales de los terapeutas indígenas, se persiguieron apoyándose en instructores, investigadores y laboratorios de lo mejor que había en las universidades de la ciudad de México y Puebla.

Tras un periodo inicial de formación y adiestramiento, los terapeutas de la organización fueron introducidos en el hospital, donde entablaron una relación de colaboración con el personal médico y los enfermeros. Mediante la planificación de turnos de guardia se consiguió asegurar la presencia constante en el hospital de un(a) curandero(a), una partera y un(a) huesero(a), quienes, con su participación en las visitas y las intervenciones, contribuían a aliviar el impacto de los pacientes indígenas con una institución y unas prácticas no familiares.

Este tipo de experiencia resultó especialmente significativa para las parteras, que no sólo adquirieron nuevos conocimientos técnicos colaborando en la sala de partos con las obstetras, sino que al participar en cursos de formación profesional recibieron también diplomas y certificados. Mediante estos certificados formales y oficiales se reconocía la profesionalidad ligada a su actividad de parteras, y con ello se le otorgaba legitimidad al ejercicio de su “profesión”. Por este motivo, poseer diplomas y certificados ha representado desde entonces una poderosa arma de competición dentro del grupo.

Por otra parte, precisamente de este contexto, en el que la colaboración entre los agentes de la medicina tradicional y la convencional occidental era más estrecha, nacieron las primeras manifestaciones de descontento. Las parteras, tras el fructífero periodo de experiencias junto a los ginecólogos, reivindicaron su autonomía operativa y pidieron que se construyera una sala para el parto tradicional. La propuesta fue aceptada, aprovechando el entusiasmo que el proyecto de hospital mixto había provocado en el presidente de la República, Carlos Salinas de Gortari, quien en su visita a Cuetzalan había conocido personalmente el hospital y había encargado al INI que reprodujera el modelo en otras regiones indígenas.²⁵

²⁴ Documento sobre las actividades desarrolladas por la organización Masehualpajti, sin título, Cuetzalan, Archivo de la Organización Masehualpajti, s.f., mecanoscrito.

²⁵ Los hospitales mixtos que posteriormente entraron en función son los de Jesús María (Nayarit), Capulalpan (Oaxaca) y Yaxcabá (Yucatán).

La construcción de una nueva sección del hospital y su paso a la gestión perpetua de la organización, según un acuerdo con la dirección sanitaria, fue el salto decisivo hacia la “hospitalización” del trabajo de los curanderos de Masehualpajti, que ocupó los nuevos espacios tanto para las visitas y el ingreso de los pacientes como para la preparación y venta de productos medicinales herborísticos. La nueva área de medicina tradicional fue dotada de una entrada autónoma para permitir el acceso de pacientes y terapeutas indígenas sin tener que pasar por el área “alopática” del hospital. Sin embargo, ambas partes quedaron comunicadas por un pasillo para facilitar el eventual traslado de pacientes de una estructura médica a otra. La nueva estructura contaba con los siguientes servicios: una sala de partos, construida teniendo en cuenta la usanza indígena de dar a luz en posición arrodillada o en cuclillas; una sala para el ingreso y la convalecencia; un ambulatorio para curanderos y hueseiros, con un gran altar; un laboratorio para la preparación y conservación de productos medicinales; una farmacia para la venta de estos productos medicinales; un baño de vapor (*temazcal*); una sala de reuniones.

Este edificio y la organización de sus espacios interiores imitaban claramente el modelo del sistema sanitario biomédico y eran la señal más evidente del cambio experimentado en las aspiraciones profesionales de los terapeutas tradicionales. No faltaron tampoco señales exteriores: una vez conquistada esta nueva autonomía, la organización eligió un glifo que la identificara y que también pudiera usarse en las etiquetas de los productos medicinales de producción propia.

Se establecieron además nuevas reglas en el tipo de prestaciones ofrecidas por los curanderos miembros de Masehualpajti: se decidió el cobro de unos honorarios por las visitas y la obligación de los terapeutas de rellenar fichas sobre los pacientes, indicando el diagnóstico y la terapia.

A esta especie de metodización institucional y hospitalaria, sin embargo, le siguió una transformación del grupo. Muchos de los protagonistas iniciales —los terapeutas nativos que gozaban de una fuerte legitimidad tradicional y ya contaban con una amplia clientela— se retiraron de la organización, en cuyas dinámicas, caracterizadas por una fuerte competitividad interna, ya no conseguían expresar plenamente sus potencialidades en el ejercicio de sus competencias “profesionales”. Esto dio paso al ingreso de nuevos ele-

mentos menos expertos en el ámbito de la medicina tradicional: por ejemplo, a la presidencia de la organización llegó una curandera diplomada en enfermería, que no habla con fluidez náhuatl pero sabe leer y escribir.

Otro salto tuvo lugar en esta fase: con la disminución de la actividad sanitaria desarrollada en los locales del hospital —probablemente debido a la desconfianza provocada en los pacientes indígenas por la evidente competencia entre los curanderos, que además eran en su mayoría aprendices poco expertos— aumentaron las iniciativas de promoción de la medicina tradicional, entendida como *recurso cultural e identitario*: los socios de Masehualpajti comenzaron a participar en reuniones nacionales e internacionales sobre las cuestiones de la legitimación y legalización de las prácticas terapéuticas tradicionales; acontecimientos cuyo objetivo era que se permitiera a los curanderos procedentes de todo México discutir sus perspectivas, pero sobre todo conseguir visibilidad. Este tipo de manifestaciones, que hoy han adquirido carácter de verdaderas fiestas de la medicina tradicional con marcada impronta comercial, tuvieron un impacto y una continuación crecientes, especialmente en los contextos urbanos: dando a conocer las técnicas curativas y vendiendo productos con base en hierbas, los terapeutas vieron aumentar las posibilidades de autopromoción y sus fuentes de ingresos.

En su evolución más reciente, esta tendencia ha desembocado en la decisión de ligar el futuro de la organización Masehualpajti a las potencialidades económicas del turismo: tras el paso del hospital del INI a la Secretaría de Salud (ocurrido en 2000), el INI y la Secretaría de Turismo han aprobado, y financiado en gran medida, la construcción en Cuetzalan de una grandiosa “obra ecoturística”, que algunos médicos tradicionales ya identifican, equivocadamente, como “su nuevo hospital”. La obra, en realidad, tiene un objetivo bien distinto: debería ser sede de un museo sobre la medicina tradicional y contar con espacios donde los terapeutas podrán visitar no tanto a los pacientes de la comunidad, sino a grupos de visitantes y turistas no indígenas interesados en probar métodos de curación alternativos a los conocidos en ámbito urbano. La idea para este proyecto parece inspirarse, por una parte, en las actuales perspectivas internacionales nacidas en el ámbito de los programas de desarrollo económico comunitario sobre el ecoturismo, y por otra, en las numerosas experiencias nacionales mexicanas en el ámbito de la

valorización de los saberes médicos indígenas mediante su registro, sistematización y exposición en clave museográfica. Un ejemplo bien conocido de este segundo modelo es el Museo de la Medicina Maya de San Cristóbal de las Casas (Chiapas), creado en 1997 por la organización OMIECH con el apoyo del INI y del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). En el museo se exponen los principales recursos naturales (plantas, minerales y partes de animales) de la medicina tzeltal y tzotzil y se representan escenarios que reconstruyen ambientaciones y prácticas terapéuticas indígenas. El centro INAH ha apoyado también la creación en Cuernavaca (Morelos) de un Museo de Medicina Tradicional y Herbolaria y de un jardín botánico que conjugan la función estrictamente expositiva con actividades educativas interactivas. La sede del museo, en efecto, da cabida a cursos temáticos sobre el uso de plantas destinadas a seguidores del turismo de salud y del turismo educativo, iniciativas apoyadas por la Secretaría de Turismo de aquel estado.

El proyecto de obra ecoturística de Cuetzalan pretende que sean principalmente los terapeutas tradicionales locales quienes decidan y dirijan las actividades para desarrollar, pero considerando fundamental el elemento económico: su función habrá de ser la de ofrecer nuevas oportunidades de trabajo a los socios de la organización y, por lo mismo, crear fuentes de ingresos que contribuyan directamente a mejorar la calidad de vida de la población indígena de la comunidad. Creo que la confusión y ambigüedad existentes en el proyecto, las intenciones y expectativas de los programadores de las instituciones de gobierno, así como de los curanderos de Cuetzalan, pueden explicarse por la fundamental diversidad de enfoque en lo que atañe a la medicina indígena.

Dado el malentendido entre las partes involucradas en el proyecto (principalmente las instituciones de gobierno y los curanderos de Cuetzalan), lo interesante será observar —si alguna vez entra en función la obra ecoturística— su utilización por parte de los llamados “beneficiarios” del proyecto (¿los terapeutas tradicionales más ancianos y a menudo monolingües o los más jóvenes y emprendedores? ¿Los terapeutas que ya cuentan con una vasta clientela o los aprendices que desean crearse una?) y su utilización por parte del “público” (¿los pacientes, indígenas o no, de la comunidad o curiosos y “turistas de la salud” procedentes del exterior?).

Otras iniciativas que involucran a los terapeutas tradicionales

Hemos visto hasta aquí cómo en Cuetzalan varios proyectos pensados por sujetos institucionales presentes a nivel federal han intentando en varias ocasiones implicar a terapeutas indígenas y tradicionales de la región. Si muchos de éstos no han aceptado los compromisos de una colaboración con instituciones y personal sanitario, muchísimos otros lo han hecho de buen grado, alentados por las ventajas que podía proporcionarles la participación. La gran cantidad de iniciativas para la promoción o empleo del recurso representado por los curanderos tradicionales hace que a menudo éstos participen en varios proyectos que los mantienen ocupados casi de tiempo completo.

Lo mismo ocurre con casi todas las parteras socias de Masehualpajti que al mismo tiempo forman parte de la organización de parteras rurales del IMSS de Cuetzalan, instancia a la que comunican los nacimientos asistidos en las comunidades mediante impresos en los que registran, como justificante del servicio prestado, las huellas del pie del recién nacido. El IMSS adiestra también a las parteras para que desarrollen en sus comunidades actividades de planificación familiar, es decir, que sensibilicen a las parejas sobre el tema del control de nacimientos y uso de anticonceptivos.

Un proyecto que pude observar sólo en su fase inicial es el promovido hacia finales de 2002 por la Secretaría de Salud, a fin de incorporar a los terapeutas tradicionales a las actividades del hospital de Cuetzalan: se trata del proyecto Hospitales Integrales con Medicina Tradicional, que forma parte de la sección médica del Plan Puebla-Panamá (PPP). Según lo establecido por su descripción oficial, el PPP es un programa multinacional²⁶ para potenciar las infraestructuras, crear condiciones de desarrollo para las poblaciones indígenas y superar el atraso social y económico de los países aso-

²⁶ En el Plan Puebla-Panamá (PPP), propuesto por ocho países centroamericanos para reforzar la integración regional y fomentar proyectos de desarrollo social y económico, participan Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y nueve estados del sur-sureste de México: Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Cuando el PPP fue lanzado en 2001, estaba compuesto por una serie de iniciativas que abarcaban distintas áreas de cooperación. En cada una de las iniciativas se introducen proyectos de carácter regional. Los proyectos del PPP van acompañados por un programa de información, consulta y participación.

ciados. En su interior, el proyecto Hospitales Integrales con Medicina Tradicional pretende alcanzar la *compenetración* de la medicina nativa y la institucional para ofrecer un “servicio mixto” que mejore las condiciones de salud y vida de la población indígena. Para ello quisiera intervenir en ambos sistemas: reforzando las prestaciones de los servicios y las infraestructuras ya existentes en el ámbito biomédico y “asociándole” un área de medicina tradicional. El modelo —lanzado de forma experimental en cinco hospitales del estado de Puebla, para ser luego extendido al resto del México suroriental— contempla el reclutamiento de cierto número de curanderos tradicionales que desarrollen actividades de valoración, desarrollo y divulgación de sus saberes y procedimientos terapéuticos, y que ejerzan su profesión también dentro del hospital.

La realización del proyecto —que en Cuetzalan está a cargo de un equipo formado en su origen por una coordinadora, un antropólogo y dos agentes sanitarios genéricos con funciones de intérpretes— se articula en una sucesión de fases siguiendo cinco estrategias: realizar un diagnóstico de la situación en la región; desarrollar un modelo de asistencia sanitaria que contemple la integración de ambos sistemas de medicina, el oficial y el tradicional; formar y sensibilizar a la población y a las personas que practican cada uno de los modelos médicos; introducir un módulo de medicina tradicional en el hospital; establecer un sistema de información, supervisión y valoración para que se realicen los resultados programados.²⁷

Respecto a estas intenciones, es interesante analizar con qué finalidad fue proyectado inicialmente y de qué manera puede influir su puesta en marcha en las dinámicas de construcción identitaria para el médico tradicional indígena. Aparentemente el objetivo de la Secretaría de Salud era recuperar en las regiones con población indígena los conocimientos y las prácticas médicas tradicionales como patrimonio cultural y englobarlas como recurso sanitario dentro de sus propias instituciones, dando forma oficial a la figura profesional del curandero.

Gracias al financiamiento del Plan Puebla-Panamá, el proyecto ha podido contar con fondos y formas de ayuda que han sido un

²⁷ Plan Puebla Panamá, “Ficha del Proyecto Hospitales Integrales con Medicina Tradicional. Resumen Ejecutivo”, México, Coordinación General del Plan Puebla Panamá-Secretaría de Relaciones Exteriores, 2005.

“estímulo” económico para la participación de los terapeutas, permitiéndoles adquirir material e instrumental de trabajo que en un futuro les podría permitir la autonomía.

Estando prevista la creación de una organización de curanderos que iba a actuar en los espacios del hospital, en un primer momento la Secretaría de Salud trató de fagocitar al grupo de Masehualpajti, asentado establemente en la sección que se le había construido para la ocasión, para insertarlo en su totalidad en el proyecto y evitar, consiguientemente, el conflicto entre ambos servicios, y sobre todo el enfrentamiento abierto sobre quién tenía derecho a utilizar los locales. Este propósito, sin embargo, fracasó por la desconfianza congénita de los socios de Masehualpajti frente a la institución sanitaria (menos disponible con ellos de lo que lo estuvo el INI), por sentimientos de envidia y competencia dentro de la organización y por la confusión creada por los procedimientos burocráticos necesarios para participar. Dada la inviabilidad de esta idea inicial, la coordinadora del proyecto inició una investigación en la región para “interceptar a los auténticos curanderos”²⁸ e invitarlos a desarrollar su trabajo dentro del hospital. Paradójicamente, algunos de los que aceptaron la invitación eran precisamente terapeutas que en su momento, como dijimos anteriormente, se habían salido de Masehualpajti —tanto porque estaban insatisfechos de los resultados de la iniciativa de coordinación y colaboración entre ambos ámbitos terapéuticos, como por sentirse respaldados por su ya afirmada legitimidad y amplia clientela— y habían emprendido diferentes “camino profesionales”. Uno de ellos, en particular, aceptó participar en el nuevo proyecto sólo con la condición de dar cursos sobre sus amplios conocimientos en medicina tradicional a sus colegas “aprendices”.²⁹

Alcanzado un discreto número de participantes, se creó la nueva organización, registrada formalmente en la Secretaría de Salud. Será interesante observar y valorar durante los próximos años el desarrollo de este modelo de integración de prácticas biomédicas y tradicionales en el mismo centro hospitalario.³⁰

²⁸ Coordinadora del proyecto, comunicación personal.

²⁹ Comunicación del propio curandero durante una reunión del proyecto.

³⁰ Habiendo desarrollado mi investigación en Cuetzalan en otoño de 2002, periodo en el que se ponía en marcha el proyecto, no he podido observar su posterior desarrollo. Mi intención es hacerlo en el futuro, dado el extremo interés de este tipo de iniciativas en una fase extremadamente dinámica de negociación identitaria en el México indígena.

Al lado de iniciativas en las que participan grupos organizados de terapeutas tradicionales, sigue existiendo naturalmente la actividad que cada uno de ellos desarrolla de manera individual y autónoma en sus comunidades o en localidades cercanas, curando a los pacientes en su casa o socorriéndoles en las de ellos. Sin embargo, hoy en día resulta sorprendente ver cómo en el centro de Cuetzalan han florecido “consultorios de medicina tradicional” llevados por curanderos nativos que tratan de emular algunas características del modelo biomédico. Son bastantes los médicos tradicionales que, una vez alcanzado gran prestigio en sus comunidades al ejercer en sus propias casas, han decidido desempeñar sus actividades en lugares más visibles para hacerse de una clientela aún mayor. Cuetzalan, en efecto, es para muchos un lugar de paso obligatorio, pues aquí se concentran los servicios de los que depende toda la región.

El aspecto interesante está representado por la novedad en los procedimientos organizativos de los terapeutas tradicionales con respecto a las modalidades “clásicas” del curanderismo. Ante todo, la elección de un espacio distinto al de su propia casa, como un local en alquiler en el centro de Cuetzalan, que pese a ser un lugar espartano y carente del mobiliario típico de un estudio biomédico convencional, no deja de ser índice de una discreta disponibilidad económica. Poder correr con los gastos de alquiler de un local en Cuetzalan es, en efecto, una posibilidad realmente inusual para la mayoría de curanderos tradicionales, cuya ocupación principal es el cultivo de la tierra, y quienes a menudo confían en la generosidad de sus pacientes por lo que respecta al cobro de sus prestaciones. Por el contrario, los honorarios pedidos por esta nueva categoría de curanderos son muy altos, sobre todo si se consideran los muy limitados recursos económicos de que dispone la población indígena de la zona. Quizá sea por ello que la clientela de estos consultorios —según lo que refieren los propios curanderos— está compuesta en su mayoría por jóvenes, indígenas o no, emigrados a las ciudades, quienes pese a haber perdido muchos de los vínculos sociales y culturales que los mantenían ligados a sus comunidades de origen, cuando vuelven a ellas siguen sintiendo la necesidad de dirigirse a especialistas tradicionales.

Otra novedad consiste en la adopción de procedimientos “burocráticos” en la administración y organización de los “ambulato-

rios”³¹: una secretaria que sepa leer y escribir está encargada de agendar las citas que a veces toma hasta por teléfono, cobrar las consultas, gestionar el archivo de los pacientes anotar los datos personales, fechas de las visitas, diagnósticos, terapias. A propósito de estas últimas, se ha introducido la práctica de escribir recetas a los pacientes, recetando medicinas —tanto herborísticas como alopáticas— e indicaciones rituales. Los propios curanderos suministran a sus pacientes remedios tradicionales con base en hierbas, pero casi nunca preparadas por ellos mismos con los recursos locales, sino comprados a empresas comerciales con sede en los distintos estados de México: son los productos llamados *fitoterápicos*, también a la venta en los distintos puestos del mercado de Cuetzalan.

La medicina indígena: terreno de negociación identitaria

La medicina tradicional puede ser asumida como un aspecto emblemático de la especificidad étnica de un grupo indígena: de este modo se convierte en símbolo de la diversidad cultural y ámbito preferencial en el que deben analizarse las dinámicas de afirmación identitaria. En efecto, el proceso de promoción y búsqueda de una forma de legitimación de estas prácticas terapéuticas representa uno de los capítulos del vasto fenómeno de revitalización de la identidad étnica y de los rasgos culturales indígenas, proceso en el que están implicadas también, por ejemplo, la recuperación y revalorización de las lenguas vernáculas, lo cual ya ha dado lugar a disposiciones legislativas a favor de la enseñanza bilingüe.

En el panorama pluriétnico mexicano, el actual proceso de revitalización de la identidad de los grupos indígenas pasa por complejas dinámicas de recuperación y valorización de rasgos socioculturales reivindicados como estrictamente autóctonos, entre ellos la lengua, la indumentaria, las ceremonias y las prácticas terapéuticas.³² Desde un punto de vista político, el reconocimiento de la dig-

³¹ Para referirme a los consultorios de los terapeutas tradicionales en Cuetzalan, tomo la expresión “ambulatorio” del título del volumen preparado por G. Schirripa y P. Vulpiani, *op. cit.*

³² Tras siglos de colonialismo, la supuesta “autenticidad” de prácticas y costumbres indígenas ha de entenderse sobre todo como una forma de reivindicación política. La referencia a prácticas culturales ancestrales, sobre todo en el ámbito de lo ceremonial, corresponde a una reivindicación identitaria más que a una realidad demostrable.

nidad de la pertenencia étnica es una ideología reciente del pensamiento indigenista de Estado,³³ que hasta finales de los años setenta había practicado una política de integración y aculturación.

El análisis de la relación que se ha establecido en Cuetzalan entre terapeutas tradicionales, sujetos institucionales (INI, Secretaría de Salud, IMSS, instituciones de gobierno, investigadores universitarios) y no institucionales (turistas, pacientes) pone en evidencia que la identidad de los indígenas atraviesa una fase de fuertes cambios, en gran parte fruto del intercambio de ideas, proyectos y actividades con interlocutores que en cada ocasión proponen políticas e ideologías distintas sobre el papel de los indígenas en la sociedad mexicana y en el mundo global. Con estos interlocutores los indígenas han negociado repetidamente espacios de acción, a menudo padeciendo decisiones o ideales ajenos o siendo víctimas de malentendidos, pero sin duda abriéndose a nuevas perspectivas de desarrollo y promoción de su cultura.

La aspiración de los curanderos indígenas a obtener una legitimidad o un reconocimiento legal no tiene que ver tanto con la necesidad de tutelar el ejercicio de su profesión, que ya está asegurado por la vitalidad de la medicina tradicional en las comunidades y por su indiscutible difusión en la población, sino más bien con el interés de ver reconocida una identidad estrechamente ligada a su papel profesional. Un aspecto de este problema general es conseguir que sea reconocida la propiedad intelectual de sus saberes relativos a la herbolaria medicinal, perspectiva en que los curanderos entrevén no sólo la legitimación oficial de su bagaje de competencias, sino también una oportunidad, quizá sobrevalorada, de promoción económica.

En la actual dinámica de transformación de la medicina indígena asistimos al proceso de construcción de un “patrimonio cultural” cuyo reconocimiento y legitimación se buscan. Es necesario comprender que la medicina tradicional, entendida como institución cultural, es considerada hoy día como una forma de “patrimo-

³³ El movimiento indigenista, nacido en sentido moderno a finales del siglo XIX —producto de la reflexión crítica de algunos sectores mestizos sobre la condición de las poblaciones indígenas de las naciones latinoamericanas—, adquiere forma institucional en 1940, con la creación del Instituto Indigenista Interamericano. La posterior creación, por parte de cada gobierno de los países de Latinoamérica, de un instituto indigenista nacional marca el tránsito del indigenismo de movimiento de protesta a órgano al servicio del Estado. Instituto Nacional Indigenista, *op. cit.*

nio". El proceso está guiado por las estrategias puestas en práctica por una coyuntura de intereses y poderes (los emergentes de los grupos indígenas, los académicos, institucionales, políticos), para que se "transformen localmente algunos rasgos en "bienes", en un patrimonio cultural digno de ser tutelado, conservado y valorado".³⁴ Lo que puede parecer una metáfora, en México es una realidad concreta: la medicina indígena se recupera y se transforma en objeto de museo, al que se le aplican las modalidades de la museografía occidental mediante los cánones de la científicidad, el fichaje, la colocación según precisos cánones estéticos. Se trata de un proceso que está dando sus primeros pasos en comunidades como la de Cuetzalan, pero que, como hemos visto, está ya bastante adelantado en San Cristóbal y Cuernavaca, donde la creación de museos de medicina tradicional encuentra en distinta medida el apoyo de las organizaciones locales de médicos tradicionales, del INAH, del INI (hoy CDI) y recientemente también de la Secretaría del Turismo, instituciones —estas últimas— que sin duda influyen en las modalidades de representación y valoración en clave "promocional" del patrimonio constituido por los saberes terapéuticos indígenas.

Aunque el papel de la medicina indígena está considerado por la población, y desde luego por los médicos tradicionales, como un recurso terapéutico al que se recurre concretamente en la experiencia cotidiana, su reciente connotación de "patrimonio" cultural resulta evidente en las consideraciones expresadas por numerosos curanderos, quienes se quejan de que las generaciones más jóvenes pierden paulatinamente sus conocimientos sobre las plantas y su dosificación, y también ciertas prácticas curativas. La conciencia del valor intrínseco de estos saberes, y por consiguiente de la necesidad de registrarlos y conservarlos, está, pues, muy extendida, y se expresa en el apoyo de los socios de la organización Masehualpajti a la realización del museo de la medicina nahua en los locales de la obra ecoturística.

Esta transformación que se lleva a cabo en el ámbito de la medicina indígena es de gran interés, tanto por lo que se refiere a las estrategias de legitimización identitaria de los grupos indígenas, como por lo que atañe a las estrategias de definición, o construcción, de la cultura que éstos comparten y cuyo valor reivindicán. Puesto

³⁴ V. Padiglione, "Editoriale", en *AM: Antropologia Museale*, vol. 1, núm. 1, 2002, p. 5.

que los museos son “lugares de reflexión y fabricación de la memoria identitaria, sitios de actuación y autorrepresentación”,³⁵ el proceso de patrimonialización y musealización de la medicina indígena es tanto un ruedo de activismo político como de producción cultural, de donde brotan las dinámicas de elaboración de la identidad étnica.

³⁵ *Idem.*

Bibliografía

- Benoist, J., "Singularités du pluriel?", en J. Benoist (ed.), *Soigner au pluriel. Essays sur le pluralisme médical*, París, Kartala, 1996, pp. 5-16.
- Bibeau, G., "The Hierarchies of Medicines. A Contextual Analysis of Schismogenic Processes", en B. Pfleiderer y G. Bibeau (eds.), *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*, Curare, Special Volume, núm. 7, 1991, pp. 207-219.
- Documento sobre las actividades desarrolladas por la Organización Masehualpajti, sin título, Cuetzalan, Archivo de la Organización Masehualpajti, s.f. mecanoescrito
- Duarte-Gómez, M.B. et al., "Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla", en *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 5, 2004, pp. 388-398.
- Fassin, D. y E. Fassin, "Traditional Medicine and the Stakes of Legitimation in Senegal", en *Social Science and Medicine*, vol. 27, núm. 4, 1988, pp. 353-357.
- Greenwood, B., "Cold or Spirits? Choice and Ambiguity in Morocco's Pluralistic Medical System", en *Social Science and Medicine*, vol. 15b, núm. 3, 1981, pp. 219-235.
- "Historia de la Organización Masehualpajti", Cuetzalan, Archivo de la Organización Masehualpajti, s.f. mecanoescrito.
- Instituto Nacional Indigenista, "Documentos básicos para una reforma institucional", en *Documentos Indigenistas*, núm. 3, México, INI, 2002.
- Lee, R.P.L., "Comparative Studies of Health Care Systems", en *Social Science and Medicine*, vol. 16, núm. 6, 1982, pp. 629-642.
- Leslie, Ch., "Medical Pluralism in a World perspective", en *Social Science and Medicine*, vol. 14b, 1980, pp. 191-195.
- Milano, C., "La medicina tradizionale a Cuetzalan (Messico). Processi di legittimazione e professionalizzazione", Roma, tesis de licenciatura en Etnología, Facultad de Letras-Universidad de Roma "La Sapienza", 2004.
- Padiglione, V., "Editoriale", en *AM: Antropologia Museale*, vol. 1, núm. 1, 2002, pp. 5-6.
- Plan Puebla Panamá, "Ficha del Proyecto Hospitales Integrales con Medicina Tradicional. Resumen Ejecutivo", México, Coordinación General del Plan Puebla Panamá-Secretaría de Relaciones Exteriores, 2005.
- "Programa Regional de Salud", Archivo de la Organización Masehualpajti, 1991, mecanoescrito.
- Schirripa, G., "Un'associazione di terapeuti tradizionali degli anni trenta. Strategie di legittimazione e lotta di classe nella colonia della Costa d'Oro", en G. Schirripa y P. Vulpiani (eds.), *L'ambulatorio del guaritore*.

- Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e Nelle Americhe*, Lecce, Argo, 2000, pp. 155-187.
- Zolla, C., "Sobre las relaciones de la medicina tradicional indígena en los sistemas de salud", en *América Indígena*, vol. LIX, núm. 2, 2003, pp. 69-82.
- Zolla, C., y E. Medellín Constantino, "Las organizaciones de médicos indígenas tradicionales y las plantas medicinales", en VV. AA., *La investigación científica de la herbolaria medicinal mexicana*, México, SSA, 1993, pp. 119-128.